THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

339

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

V. MATIGNON

Né à Chemillé (Maine-et-Loire), le 20 octobre 1886

DES

LIPO-MYXOMES

SOUS-PÉRITONÉAUX PELVIENS

Président : M. P. SEGOND, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE LE DOCTEUR GRIPAT

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MESSIEURS LES DOCTEURS BROCHIN
ET ROUSSEAU

Chirurgiens de l'Hôpital Péan

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRIN

Professeur à l'École de Médecine d'Angers
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études et de nous lancer dans une vie nouvelle et moins facile sans doute, nous sentons naître en nous le regret des années de médecine passées à Angers et à Paris.

Elles resteront toujours une époque marquante de notre vie, par les amitiées créées et par la sympathie que nous accordèrent la plupart de nos maîtres.

Nous avons un devoir très agréable à remplir, celui de remercier tous ceux qui ont droit à notre reconnaissance.

Notre pensée se porte naturellement vers nos parents que nous eûmes le malheur de perdre trop tôt, et à la mémoire desquels nous avons voulu dédier tout d'abord ce modeste travail.

A tous les membres de notre famille, nous sommes heureux d'exprimer aujourd'hui toute notre affection.

A tous ceux qui, au collège, contribuèrent à notre formation intellectuelle ; à tous nos maîtres dans les hôpitaux ; à nos professeurs de l'École de Médecine d'Angers, nous adressons nos sentiments de respectueuse gratitude. Nous le faisons

d'autant plus volontiers que leur enseignement ne fut pas limité aux seules questions de technique, et que nous avons pu observer en eux les hautes vertus professionnelles qui font la fierté de la vie médicale.

A notre oncle le Dr Gripat d'Angers, nous voulons donner un nouveau témoignage de notre affection.

Nous voulons dire particulièrement merci à M. le Dr Rousseau. Nous ne saurions oublier la bienveillance toute spéciale qu'il montra à notre égard pendant notre séjour comme interne dans son service à l'hôpital Péan à Paris.

M. le Dr Cocard d'Angers nous a toujours suivi avec grand intérêt au cours de nos études de médecine. Nous l'en remercions vivement. Il sait toute la reconnaissance que nous lui avons vouée.

M. le professeur Segond a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions respectueusement de ce grand honneur dont nous sentons tout le prix.

Frappé de la rareté des travaux parus jusqu'à ce jour sur les lipomes sous-péritonéaux, et de l'importance que peut prendre le diagnostic précoce de ces tumeurs quand il s'agit d'une intervention, nous avons résolu d'en faire étude dans notre thèse.

C'est sur le conseil de M. le Dr Brin, professeur à l'école de médecine d'Angers et chirurgien de

l'Hôtel-Dieu, que nous avons entrepris cette étude. Il a bien voulu nous diriger dans cette voie. Nous sommes heureux de lui exprimer ici notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a daigné nous témoigner en nous rendant agréable et facile ce travail qui va clore nos études.

DES LIPO-MYXOMES
SOUS-PÉRITONÉAUX PELVIENS

HISTORIQUE

Les lipo-myxomes développés dans l'espace sous-péritonéal sont restés longtemps dans l'obscurité, et constituent encore une question toute récente en chirurgie. Les premières observations de ces tumeurs nous furent, sans aucun doute, fournies par l'autopsie de femmes qui avaient passé pour être enceintes, car « à une époque reculée, alors que l'obstétrique était laissée aux soins de matrones plus ou moins ignorantes, toute tuméfaction abdominale était rapportée à la grossesse » (1).

A la fin du XVIII[e] siècle, Valsalva et Morgagni, plus tard Broca et Moynier ont trouvé des lipomes sous-péritonéaux et les ont décrits. Ce sont les plus anciennes observations connues. Ils avaient trouvé ces tumeurs au cours de leurs autopsies.

Vers la seconde moitié du XIX[e] siècle seulement, l'on fit les premières tentatives d'extirpa-

1. Augagneur, thèse d'agrégation, 1886.

tion qui furent presque toutes d'ailleurs suivies d'insuccès. A vrai dire, la technique de l'intervention n'était point encore précisée ; la durée des opérations excessives dépassait « trois et quatre heures » (1), et l'asepsie n'était pas encore parfaite à beaucoup près.

A l'heure actuelle, depuis les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, on peut dire que toutes les exérèses pratiquées en bonnes conditions sont suivies de guérison. Mais ces bonnes conditions ne sont malheurement que rarement réalisées. Souvent le malade hésite à se faire opérer ; retarde indéfiniment sa décision et, pendant ce temps, la tumeur grossit, détermine parfois des troubles fonctionnels graves ou même irrémédiables, et son extirpation occasionne au malade un shock considérable.

A vrai dire, la connaissance approfondie des lipo-myxomes sous-péritonéaux n'existe que depuis le jour où les perfectionnements des procédés de laboratoire ont fait de l'anatomie pathologique et surtout de l'histologie des sciences plus précises. On ne saurait donc s'étonner de ce que la littérature médicale soit à peu près muette sur ce sujet. Nous allons citer quelques-unes des idées émises sur la structure histologique de ces tumeurs depuis leur découverte.

---

1. Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs dans l'abdomen*, 1880. Paris, t. I, p. 1129.

Les tumeurs colloïdes décrites par Laënnec et la tumeur gélatineuse ou « colloména » de Muller comprennent certainement des lipomes et des myxomes, mais elles englobent aussi des productions morbides de toute nature qui n'ont rien de commun avec celles qui nous occupent que l'aspect gélatiniforme du tissu.

Lebert a décrit à part des tumeurs fibreuses ou myxomateuses, confondues autrefois avec d'autres espèces, sous le nom commun de cancer.

Il reconnut parmi elles une variété composée d'un tissu qu'il décrivit sous le nom de fibro-colloïde et qu'il sépara du tissu cancéreux. Il l'intitule : tumeur fibro-plastique, et indique bien son aspect mou, sa consistance tremblotante, sa structure caractérisée par une substance intercellulaire abondante dans laquelle se trouvent des éléments arrondis ou fusiformes.

Mais pas un auteur n'avait décrit ces tumeurs avec précision avant Virchow. Pour lui il s'agit d'une tumeur apparentée aussi bien au tissu connectif qu'au tissu graisseux. Il isole le myxome ; en fait une tumeur à part qu'il sépare du groupe des sarcomes avec lequel elle était confondue suivant les idées émises par Lebert. Il les étudie successivement dans les divers tissus et dans les divers organes.

Depuis lors les auteurs ont reproduit soit les idées de Virchow, faisant de ces tumeurs une variété distincte ; soit les idées de Lebert, faisant

plutôt de ces mêmes tumeurs une variété de sarcomes contenant beaucoup de substance intercellulaire.

Bonnel (1), après avoir comparé le myxome au tissu muqueux normal, montre l'analogie de ses éléments cellulaires avec ceux du tissu conjonctif lâche. Pour lui ce n'est pas dans la forme et l'arrangement de l'élément cellulaire qu'il faut chercher la caractéristique du myxome, mais dans la nature muqueuse de la substance intercellulaire qui est comme substituée aux fibres lamineuses et élastiques. Il indique bien les transitions qui existent entre l'état embryonnaire et la forme étoilée des éléments cellulaires dans le myxome. Il indique de plus que certaines tumeurs qualifiées de myxomes sont souvent constituées par un tissu conjonctif lâche qui serait le siège d'un œdème inflammatoire. Il voyait là des intermédiaires entre le myxome type où la substance intercellulaire est constituée par du tissu muqueux et le fibrome où la substance intercellulaire est constituée par des faisceaux fibreux.

En 1882 Kœster (*Ueber myxom. Berlin Klin. Wochenschrift*) repousse complètement les propositions de Virchow faisant du tissu muqneux un tissu spécial à côté et à l'égal des tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux, et réfute l'opinion de ceux qui l'envisagent comme un tissu conjonctif

1. Introduction à l'étude des tumeurs, thèse de Lyon, 1881, p. 50.

riche en mucine. Pour lui le tissu muqueux n'est autre qu'un tissu conjonctif œdémateux et ne contenant pas plus de mucus que le tissu conjonctif ordinaire. Les tumeurs myxomateuses sont des lipomes dans lesquels les cellules ayant perdu leur graisse sont revenues à l'état de cellules connectives protoplasmiques ou des fibromes dans lesquels un œdème s'est produit.

En 1882, Cornil et Ranvier (1) donnent du myxome une description remarquable par la précision et la clarté. Pour eux le myxome représente exactement le tissu muqueux et ils le placent entre le sarcome dont les éléments correspondent à des formes plus jeunes de tissu conjonctif et le fibrome constitué par des éléments adultes. « Les myxomes sont des tumeurs gélatiniformes, tremblotantes, parcourues par des vaisseaux faciles à voir et à isoler. Quand on racle leur coupe on obtient un liquide semblable à une solution de gomme arabique ; il ne contient jamais de suc laiteux. Dans le liquide ainsi obtenu on trouve des globules rouges du sang, car on a exprimé le contenu d'un certain nombre de vaisseaux sectionnés et de cellules, variées de forme, rondes, anguleuses ou allongées en fuseau, munies quelquefois de prolongements possédant un ou plusieurs noyaux. Toutes sont pâles et à contours mal définis parce qu'elles sont vues dans une substance

1. Cornil et Ranvier, *Histologie pathologique*, t. I, p. 177.

presque aussi réfringente qu'elles-mêmes. C'est ce qui fait que jadis les tumeurs colloïdes étaient considérées comme n'ayant pas d'éléments cellulaires. »

Parmi les travaux d'ensemble publiés sur les lipomes sous-péritonéaux, nous pouvons citer celui de Terrillon (1) qui, le premier, en 1886, a étudié les « tumeurs graisseuses trouvées dans le mésentère ». Pendant longtemps ce nom de lipomes du mésentère resta à tous les lipomes développés dans l'espace sous-péritonéal. Plus tard Augagneur (2), Quénu (3) et Villar (4) conservèrent cette même dénomination.

En 1892, Terrier et Guillemain (5) appellent rétro-péritonéaux ces lipomes nés derrière le péritoine, et qui restent toujours derrière le péritoine, encore qu'ils dédoublent en s'y insinuant les mésocôlons et parfois, mais plus rarement, le mésentère. Cinq ans plus tard Adami (6) divisait ces lipomes en plusieurs groupes suivant leur lieu d'origine.

Plus récemment, en 1903, Hartmann et Lecène (*Travaux de Chirurgie anat.-clinique*, 1re série, Paris, 1903) ont réuni 33 observations de tumeurs

1. Terrillon, *Archives médicales de médecine*, 1886, p. 260.
2. Augagneur, thèse d'agrégation, 1886.
3. Quénu, *in* Duplay et Reclus, t. VI, p, 925. *Traité de Chirurgie.*
4. Villar, *in* Le Dentu et Delbet, *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 10.
5. Terrier et Guillemain, *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 747.
6. *Montreal Medical Journal*, 1896-1897, t. XXV, p. 529 et 620.

diverses de la région sous-péritonéale dont vingt étaient des lipomes.

En 1908 enfin Proust et Trèves (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*) ont réuni 89 observations de tumeurs sous-péritonéales.

L'année d'après, Hérisson (thèse de Paris, 1909) apporte une observation nouvelle à cette intéressante étude. Mais nous ne croyons pas, comme lui, que « tous les lipomes rétro-péritonéaux soient péri ou juxta-rénaux ». Mais nous pensons plutôt que le tissu cellulo-graisseux peut se transformer en lipome ou lipo-myxomes dans toutes les régions de l'abdomen.

Nous voulons nous occuper seulement ici des lipomes sous-péritonéaux pelviens, c'est-à-dire de ceux qui ont leur point de départ dans l'excavation. A vrai dire les tumeurs bénignes de cette région, exception faite des fibromes, n'ont été jusqu'ici que très rarement observées. Nous en rappelons plus loin quelques observations citées par Proust et Trèves en 1908, et une publiée par Michon en 1911. Nous apportons en outre 2 observations détaillées de malades opérées par M. le Dr Brin chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers. La première est déjà parue dans *la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* en janvier 1908. La seconde est encore inédite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège de la tumeur. — Le siège primitif de ces tumeurs est le tissu cellulaire sous-péritonéal ; c'est-à-dire celui qui se trouve dans l'espace compris entre le péritoine et la paroi ostéo-musculaire du bassin.

Au cours de leur développement, en effet, les organes contenus dans l'excavation ont soulevé le péritoine ; l'ont écarté du plancher pelvien et de ce fait ont précisément créé entre la séreuse et les parois du bassin cet espace où ils sont venus se loger.

Volume. — D'une façon générale, les lipomyxomes sous-péritonéaux sont les plus grosses tumeurs que les bras du chirurgien aient jamais connues.

Leur volume, en effet, peut acquérir des dimensions considérables. Parmi les plus grosses dont il ait été fait mention, on peut citer :

Un cas de Waldeyer..... 63 livres (1)
— Billroth ..... 58 livres (2)

1. Waldeyer, *Wirchow's Archives*, 1865, p. 543.
2. Billroth, *in* Salzer, *Wien Klin. Woch.*, 1888, p. 199.

— Terrillon..... 57 livres (1)
— Péan..... 50 livres (2)
— Homans ..... 57 livres (3)
— Van der Veer..... 56 livres (4)

On conçoit quelle gêne ces productions peuvent occasionner par leur seule masse. « Le gros intestin est ordinairement refoulé en avant ; l'intestin grêle sert pour ainsi dire de bordure à la tumeur qui remplit tout le ventre et descend jusque dans le petit bassin au point de se confondre avec l'utérus et l'ovaire. Aussi, chez les femmes, ces lipomes ont toujours été pris pour des kystes de l'ovaire. L'ascite est exceptionnelle (5). »

Forme. — La forme de ces tumeurs est variable. Il est rare qu'elles se présentent avec une surface régulière et arrondie. Le plus souvent elles ne sont pas symétriques ; leurs contours sont irréguliers. Parfois elles présentent plusieurs lobules séparés par de profonds sillons ; ce qui pourra d'ailleurs faciliter le morcellement au moment de l'ablation s'il y a lieu.Il s'agit alors ordinairement de lipomes purs. Dans les lipo-myxomes la lobulation est toujours moins nette,si même elle existe.

---

1. Terrillon, *Archives gén. de med.*, p. 260, 1886.
2. Péan, *Bull. gén. de thérapeutique et chir.*, 1885, t. XCIX, p. 420.
3. Homans, *Boston medic. and Surgic. Journal*, 1883, vol. CVIII, n° 11, p. 241.
4. Van Der Veer, *Amer. Journal of the med. Sciences*, 1892, p. 18.
5. Quénu, *in* Duplay et Reclus, t. VI, p. 926.

Non seulement ces tumeurs peuvent présenter une lobulation nette, mais souvent on les voit s'étendre au loin et pousser de véritables prolongements dans les régions voisines. Parfois ces prolongements atteindront même des dimensions considérables et formeront pour ainsi dire des tumeurs secondaires reliées à la principale par un pédicule plus ou moins aminci.

Quelle sera la direction prise par ces prolongements ? Tantôt on les verra progresser vers les fosses iliaques et les parois de l'abdomen ; tantôt vers la fesse ou la racine de la cuisse. L'espace sous-péritonéal, en effet, où se développe la tumeur, est en communication directe avec les régions fessières et obturatrices au niveau de la grande et de la petite échancrure sciatique, ainsi qu'au niveau du trou obturateur.

Dans un cas que nous citons plus loin (obs. I) l'on trouva, à côté d'une masse principale qui formait la tumeur, et occupait le ligament large, trois prolongements bien distincts.

Le premier, et c'était le plus volumineux, se dirigeait vers la fesse; il était suspendu à un véritable pédicule correspondant à la traversée du releveur de l'anus. Renflé à son extrémité, ce pédicule formait une véritable tumeur secondaire, grosse comme une tête de nouveau-né, saillante au niveau de la fesse gauche et donnant au palper la sensation très nettement molle d'un lipome.

Le second prolongement situé le long du rectum

était réuni au corps de la tumeur par une gouttière où cheminait l'uretère.

Enfin, le troisième prolongement faisait saillie dans le vagin dont il refoulait la paroi à tel point que l'on ne put introduire ni valve, ni spéculum. Cette saillie sortait à l'entrée du vagin lorsqu'on faisait pousser la malade.

Coloration. — Après ouverture de la tumeur, si on examine la tranche de section, elle peut apparaître diversement colorée. Est-on en présence d'un lipome pur? La surface de section est surtout colorée en jaune avec quelques petits filets rouges ; ce sont les vaisseaux sanguins. A vrai dire, ceux-ci sont très peu abondants, ce qui explique le morcellement facile de ces tumeurs sans le secours de pinces hémostatiques. A-t-on affaire plutôt à du myxome ? La tranche de section apparaîtra alors grisâtre. Examinée sur une coupe mince elle se montrera parfois translucide. Si par transparence on trouvait à la coupe un aspect blanc et nacré, il y aurait, mélangé au myxome, un peu de tissu fibreux.

Caractères histologiques. — Consistance. — Différente peut être aussi la consistance des lipomyxomes sous-péritonéaux à cause des variations que peuvent présenter ces tumeurs au point de vue histologique.

S'il s'agit d'un lipome pur, on trouve comme

éléments caractéristiques : « Des adipoplastes ; cellules le plus souvent arrondies : les unes petites, le plus grand nombre grosses ou même énormes, surchargées de réserves graisseuses emmagasinées avec un petit noyau relégué à la périphérie de la cellule. Ils sont séparés les uns des autres par un réseau de fibrilles conjonctives délicates et une substance interstitielle peu abondante (1). »

D'autres fois il s'agit de myxome pur comme dans le cas du Dr Brin (obs. I où nous reproduisons la description histologique de la tumeur).

En 1902 Cornil fait l'examen histologique d'un myxome typique présenté par Morestin à la Société anatomique. Il occupait la partie supérieure et interne de la fesse gauche et remontait dans l'excavation : « Les coupes montrent des faisceaux assez rares de tissu conjonctif et des capillaires à parois épaisses, doublées qu'elles sont par du tissu fibreux. Entre les capillaires il y a de nombreuses cellules conjonctives anastomosées les unes avec les autres, étoilées, à gros noyau ovoïde. Le protoplasma de ces cellules présente surtout au niveau de l'extrémité du noyau deux granules colorés en noir par l'acide osmique.

Enfin il existe quelques lobules adipeux disséminés dans le tissu myxomateux. Pas de nerfs dans les coupes examinées (2).

1. Hérisson, thèse de Paris, 1909, p. 38.
2. *Bulletin de la Société anatomique*, 1902.

Le plus souvent les éléments constitutifs des lipomes et des myxomes s'allient en proportions diverses, et la tumeur prend alors le nom de lipo-myxome ou de lipo-fibro-myxome, si l'on y trouve en outre quelques éléments de tissu fibreux.

A vrai dire, les cas de lipomes ou de myxomes purs sont plutôt rares, et à l'examen histologique on trouve la plupart du temps association de plusieurs tissus.

Dans les 89 observations réunies par Proust et Trèves en 1908, l'examen histologique révéla :

Lipomes purs ;

Lipo-fibromes ;

Lipo-myxomes ;

Lipo-myxo-fibromes ;

Lipomes avec association de tissu osseux, cartilagineux ou muqueux ;

Lipomes en partie calcifiés, ainsi que bon nombre d'autres cas où la nature histologique de la tumeur n'est pas précisée (1).

Les lipo-myxomes sous-péritonéaux pelviens, qu'ils soient ou non accompagnés de tissu fibreux, passent à juste titre pour être des tumeurs bénignes. Leur évolution particulièrement lente se fait souvent en plusieurs années et leur ablation totale n'est pas en générale suivie de récidive. Mais, à côté de ses tumeurs, on en rencontre d'autres à évolution plus

---

1. Proust et Trèves, *Revue de Gyn. et Chir. abdominale*, janvier 1908.

rapide, à récidives fréquentes après ablation, à retentissement plus grand sur l'organisme. Nous les appelons tumeurs malignes, sarcomes ou cancers. Elles sont rares, à vrai dire, les tumeurs malignes sous-péritonéales ; mais est-on sûr dans un cas de lipo-myxome d'avoir affaire à une tumeur bénigne ? Il est difficile à notre avis d'établir une ligne de démarcation nette entre ces deux catégories et l'on ne peut nier sans réserve la possibilité d'une récidive dans un cas qui nous a paru bénin. On pourrait citer à ce propos le cas de cette femme opérée par Potherat en 1895 (1). A ce sujet nous citons plus loin (obs. VII, VIII, IX, X, XI) quelques observations qui nous ont paru intéressantes. Ce sont celles de tumeurs lipomateuses donnant le tableau clinique complet du sarcome, parce qu'elles contenaient par places quelques éléments sarcomateux. Par cela même elles constituent des formes de passage entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Nous rapportons aussi (obs. XI) une observation déjà publiée en 1911 par M. Délachanal (2). C'est celle d'une femme opérée d'un lipome fibreux de la face postérieure de la cuisse qui récidiva six mois après sous forme de tumeur maligne sous-péritonéale. A vrai dire, dans ces quelques observations, la tumeur n'avait pas ce point de départ

---

1. Potherat, *Bull. de Soc. de Chirurgie*, 1895, p. 117
2. *Lyon médical*, déc. 1911.

pelvien qui fait l'objet de notre étude, mais elles nous ont paru intéressantes parce que, nous le répétons, formant le passage entre les lipomes, tumeurs bénignes et les sarcomes tumeurs malignes, elles sont par là même du plus haut intérêt clinique et opératoire.

ÉTIOLOGIE

Jusqu'ici les lois du déterminisme des lipo-myxomes sous-péritonéaux, comme celles de toutes les tumeurs, nous sont inconnues.

En 1908, Proust et Trèves, dans une longue étude, reconnaissent qu'une seule condition étiologique est bien établie : c'est celle qui a rapport au sexe. Dans un total de 89 cas rapportés par eux, la femme beaucoup plus souvent que l'homme est victime de cette affection. Pour les lipomes sous-péritonéaux pelviens dont nous nous occupons ici, on peut être, semble-t-il, plus affirmatif encore, puisque leur lieu d'élection paraît être le ligament large.

Dans les 7 observations que nous avons pu réunir, le lipome se rencontre deux fois chez l'homme. Il s'implantait alors par un large pédicule dans le cul-de-sac de Douglas (obs. IV) ou derrière le rectum (obs. III).

On rencontre aussi bien ces lipo-myxomes chez l'enfant que chez l'adulte ; chez la nullipare que chez la pluripare ; après ou avant la ménopause. Ainsi avaient conclu Proust et Trèves en 1908. Pour ce qui nous concerne, nous ne pouvons pas être trop affirmatif, étant donné le petit nombre

de cas observés jusqu'ici où la tumeur était franchement pelvienne.

En 1909, Hérisson (1) a soutenu longuement que les lipo-myxomes sous-péritonéaux étaient le résultat d'un processus inflammatoire chronique plutôt que des tumeurs au sens histologique du mot. Nous ne voulons pas reprendre ici cette discussion, et nous nous rangeons à son avis qui tend à prévaloir actuellement (2). Si nous employons souvent le mot tumeur au cours de cette étude, c'est dans un sens vague et indéfini comme celui accordé par exemple au mot grosseur ou masse.

Mais, alors, quelle est la cause qui provoque cette inflammation chronique ? et pourquoi à un moment donné ce tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal vient-il à se transformer en lipome ou lipo-myxome ? Là est le problème, et jusqu'ici on n'a rien pu trouvé dans les antécédents des malades qui puisse répondre à cette question. Il est possible que la cause irritatrice soit excessivement légère et éphémère, puisqu'il s'agit d'un processus essentiellement long avec des réactions peu marquées.

Une chose pourtant nous paraît utile à mettre en relief : ce sont les traumatismes que sous une

---

1. Thèse de Paris, 1909.

2. En 1909 Ahlstrom (*Nordisches mediziniches Archives*, t. XLII, 25 décembre 1909, p. 1 à 276) a publié l'observation d'un pseudo-myxome du péritoine consécutif aux altérations du péritoine causées par la rupture d'un kyste de l'ovaire à contenu colloïde.

forme ou une autre on rencontre souvent dans les antécédents des malades porteurs de lipomes sous-péritonéaux. Dans plusieurs cas, entre autres dans celui que nous rapportons plus loin en détail (obs. I), c'est à la suite d'un accouchement long ; d'une pénible application de forceps qui traumatisa plus ou moins la région que la grosseur fit son apparition. De même aussi dans l'observation II.

A vrai dire, nous n'en concluons rien et cette question n'est pas encore élucidée. Nous ne prétendons même pas voir là une relation de cause à effet, mais seulement une particularité intéressante à signaler.

ÉTUDE CLINIQUE

En 1892, après avoir publié 2 observations de lipomes sous-péritonéaux, Terrier et Guillemain écrivaient : « L'aspect clinique des lipomes sous-péritonéaux est loin d'être caractéristique, car le diagnostic n'a jamais été fait jusqu'ici, si ce n'est à l'autopsie ou sur la table d'opération après laparotomie exploratrice (1). » Diagnostiquer ces tumeurs est chose difficile, et cependant il faut le reconnaître, la clinique a fait un grand pas dans cette voie. Terrier lui-même était arrivé à le reconnaître.

A l'heure actuelle, grâce aux données que nous possédons, on pourra établir, à défaut de sa nature histologique, du moins le siège de la tumeur abdominale. Dans les observations I et II que nous publions plus loin, après examen approfondi, le professeur Brin avait pu poser dans le premier cas (obs. I) le diagnostic de tumeur du ligament large, et dans le second (obs. II) on pensa seulement à une tumeur adipeuse sous-péritonéale.

---

1. *Revue de Chirurgie,* 1892.

Ces deux diagnostics furent confirmés lors de l'intervention.

Symptômes. — Les lipo-myxomes sous-péritonéaux sont essentiellement des tumeurs à développement lent. Leur début est silencieux, leur évolution indolente et le malade ne soupçonne son mal que lorsqu'il est déjà bien développé. L'augmentation de volume de son abdomen, parfois quelques légères douleurs dans le ventre : voilà ce qui l'amène toujours à consulter le chirurgien.

La symptomatologie de ces tumeurs se confond facilement, surtout si elles sont volumineuses, avec celle des tumeurs abdominales en général, et en particulier avec celles des kystes de la même région. On trouve en effet, comme dans ces derniers, le siège médian, la forme saillante du ventre.

Comme les kystes, encore, les lipomes volumineux s'accompagnent d'un mauvais état général. De plus, l'abdomen est mat dans toutes les positions et la sonorité colique est parfois impossible à trouver.

Dans une observation que nous citons plus loin (obs. I), la tumeur ressemblait absolument à un kyste ovarique multiloculaire peu tendu. Elle était surtout saillante dans la région sous-ombilicale ; peu mobile et molle plutôt que véritablement fluctuante.

S'il est vrai, en effet, que parfois la sensation de fluctuation, obtenue à la palpation bi-manuelle, est très nette, comme dans le plus franc kyste de l'ovaire, il faut avouer que la plupart du temps cette sensation perçue est plutôt celle d'une pseudo-fluctuation. Ajoutons que cette sensation perçue se rapprochera d'autant plus de la fluctuation vraie que l'on aura affaire à du lipome plus typique et d'autant moins que la trame fibreuse de la tumeur sera plus abondante.

Les lipomes, comme les myxomes, possèdent une certaine élasticité. La pression exercée sur un point de leur surface se transmet assez bien à toute la masse, et particulièrement au point diamétralement opposé qui durcit et soulève la main en contact avec lui. C'est là cette fausse fluctuation qui simule si bien la fluctuation donnée par une tumeur liquide modérément tendue. Comme la vraie, cette pseudo-fluctuation peut aussi se transmettre d'un lobe à un autre lobe éloigné et nettement distinct du premier.

Mais quand la trame fibreuse de la tumeur est plus condensée, quand, par exemple, il s'agit de fibro-lipome ou de fibro-myxome, la consistance perd sa mollesse. Plus le tissu fibreux devient dense plus la tumeur durcit.

Trouverait-on enfin une induration complète? On serait en présence d'un fibrome ou de masses sarcomateuses.

Le toucher vaginal et le toucher rectal complé-

teront utilement les renseignements déjà obtenus et en fourniront même de nouveaux très appréciables. C'est ainsi que l'on pourra se rendre compte des dimensions de la tumeur et des espaces qu'elle occupe, de même que des adhérences qu'elle contracte avec les parties voisines et des prolongements qu'elle envoie. Ceux-ci, nous l'avons déjà vu, prennent des voies diverses, filant tantôt sous les muscles pour se terminer à la région fessière, tantôt du côté du vagin et de la vulve.

Distension de l'abdomen. — La plupart des observations rapportées jusqu'ici sont celles de volumineux lipomes. De fait, nous l'avons vu lorsque les malades viennent consulter, ils sont souvent dans un piteux état. Seuls des troubles fonctionnels d'origine mécanique tels que : douleur par compression nerveuse, troubles respiratoires ou circulatoires ont pu dans certains cas décider le malade à se faire opérer. On trouve alors une tumeur énorme, un abdomen considérablement distendu, et dans la majorité des cas relatés la circonférence du ventre à l'ombilic dépassait 1 mètre.

Wigglesworth.....	108 cm.
Shiller.....	110 —
Pernice.....	117 —
Berard et Cavaillon.	117 —
Demoulin.....	118 —

Pick	120 cm.	
Homans	123 —	
Billroth	126 —	
Terrillon	126 —	
Lockwood	130 —	
Dalziel	63 —	chez un enfant de 8 ans
Neumann	63 —	chez un enfant de 3 ans

et comme le fait remarquer Proust, ces deux dernières dimensions paraissent encore plus excessives chez les enfants, toutes proportions gardées (1).

Et pourtant nous ne croyons pas que l'on puisse tirer du volume de l'abdomen un signe caractéristique des lipomes sous-péritonéaux. Le diagnostic, si possible, devra être posé avant le complet développement de la tumeur, puisque de la précocité de l'intervention dépend aussi sa facilité : nous y reviendrons plus loin.

« Quant au volume, ce n'est pas un argument, car dans mon cas par exemple (obs. I), l'opération a arrêté le développement d'une tumeur en pleine évolution. Non opérée, cette tumeur eut sans doute envahi très vite le reste du ventre et on aurait pu alors lui attribuer une origine quelconque (2). »

Il est un signe encore qu'il nous paraît intéressant de signaler : c'est la réductibilité partielle

1. *Revue de Gynécologie et Chirurgie*, janvier 1908.
2. Dr Brin, *Archives médicales d'Angers*, janvier 1911.

que l'on trouve parfois à cette tumeur ou à ses prolongements. Un prolongement vaginal de la tumeur (obs. I) a pu faire penser successivement à un rectocèle et à une hernie du Douglas.

DIAGNOSTIC

DE LA NATURE DE LA TUMEUR

Si l'on arrive parfois à porter le diagnostic de tumeur sous-péritonéale pelvienne, il est souvent impossible de faire celui de la variété. On peut cependant y parvenir dans certains cas, en se basant sur les quelques signes fournis par l'examen clinique du malade.

En palpant un fibrome, on sent une tumeur lisse, résistante, parfois bosselée. En un mot on a une dureté plus grande que dans le lipome.

Les kystes présentent une forme lisse et arrondie. Ils sont nettement fluctuants et se confondent assez facilement avec les lipomes, nous l'avons déjà dit. D'ailleurs l'erreur a été commise nombre de fois.

Terrier, après avoir fait une erreur de diagnostic d'un lipome sous-péritonéal, affirme qu'ils ont une sensation toute spéciale : facile à reconnaître quand on en a palpé un.

Le lipome est de plus très souvent formé par plusieurs tumeurs que l'on peut trouver à la palpation dans différentes parties de l'abdomen.

Le sarcome donne la sensation d'une masse consistante ni molle ni fluctuante, mais pâteuse, sa surface n'est pas lisse, mais comme lobulée.

Terrillon insiste, pour faire le diagnostic, sur la ponction aspiratrice. Elle donne du liquide dans les kystes et dans le sarcome quelques gouttes de sang. Il est rare que le lipome donne du sang à cause de son peu de vascularité.

Nous déconseillons absolument ce procédé aveugle. La ponction d'ailleurs n'est pas d'une grande utilité. E le expose le malade au danger d'une perforation intestinale et nous préférons de beaucoup la laparotomie exploratrice, puisque la présence d'une tumeur abdominale indique formellement l'intervention chirurgicale quelle que soit la nature de cette tumeur.

PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs sous-péritonéales, même en exceptant les tumeurs malignes, est très grave, car elles conduisent peu à peu le malade à a cachexie.

Très souvent, en effet, leur évolution s'accompagne d'une dyspepsie assez intense. Les malades ont de l'anorexie et souvent même ils vomissent le peu d'aliments qu'ils prennent : cela est dû à la compression de la tumeur sur les vaisseaux et les nerfs de l'intestin : ce qui empêche le bon fonctionnement de ses glandes et par réflexe de celles de l'estomac. La conséquence de cette dyspepsie est alors l'amaigrissement énorme des malades et la perte des forces qui les mènent rapidement vers cette cachexie dont beaucoup meurent.

A côté de cette évolution, nous voyons d'autres malades mourir en quelques jours de complications dont la plus fréquente est certes l'obstruction intestinale.

Terrier lui-même admet « que le pronostic est aussi grave que celui des tumeurs malignes,et cela pour deux raisons : à cause de leur poids qui peut atteindre jusqu'à 25 kgr. 500, elles sont un obs-

tacle aux fonctions digestives et respiratoires. De plus elles excercent des compressions fâcheuses sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'intestin d'où, affirme-t-on, gêne considérable de l'absorption se traduisant par de la constipation ou de la diarrhée, de l'amaigrissement, de la perte des forces, une cachexie progressive qui finit par aboutir à la mort. »

Augagneur, dans sa thèse d'agrégation en 1886, insiste aussi sur le sombre pronostic de ces tumeurs. « Nous ne possédons pas un fait de lipome resté stationnaire, et tous ceux que nous connaissons ont amené la mort dans un délai moyen de trois années. »

TRAITEMENT

Quelle conduite à tenir en présence d'une tumeur sous-péritonéale ? Il faut, et le plus rapidement possible, enrayer son évolution. Il n'y a pas à compter sur les moyens médicaux ; c'est à l'opération qu'il faut recourir.

Cela paraît être une indication formelle et ce ne fut pas toujours pourtant l'opinion des chirurgiens. Péan dit que si le volume de la tumeur est encore petit, s'il n'y a que très peu d'accidents par compression, il faut s'abstenir de toute intervention.

Terrier, après avoir fait un sombre tableau de ces tumeurs, ajoute : « Il n'en est pas de même pour celles d'un moyen volume. Dans ce cas le pronostic est relativement bénin et cela doit rendre le chirurgien très réservé dans son opération. »

Tillaux n'est pas de cet avis. « Ils sont passibles d'une opération radicale qui seule peut sauver quelques malades voués à une mort certaine. »

Il nous semble aussi que le chirurgien ne doit pas attendre pour intervenir que la tumeur soit devenue volumineuse. Si le lipome est petit, l'opération sera relativement facile et comportera le maximum de chances de succès. L'ablation des lipomes volumi-

neux, au contraire, est d'une extrême difficulté. L'acte opératoire, plus pénible, exige un temps plus long et de plus grands délabrements. Il est très difficile, souvent, en effet, d'isoler la tumeur et de l'enlever sans préjudice pour les organes voisins.

Dédoublant pour ainsi dire les feuillets des méso-côlons, principalement dans les portions ascendantes ou descendantes de l'intestin, elle a pris parfois contact intime avec les vaisseaux nourriciers du gros intestin, et son ablation ne peut se faire sans les lier sur une assez longue étendue. D'où menace de sphacèle pour cette portion du côlon que l'on peut être amené à réséquer en partie. Le pronostic opératoire est alors particulièrement aggravé.

La ligne de démarcation entre la tumeur et la vessie est souvent aussi très difficile à voir, et l'on ne peut les séparer d'emblée.

Le mieux est alors d'aller à la recherche de l'uretère ; de tâcher de l'isoler sur toute sa longueur et de le récliner. On peut alors décoller plus librement la tumeur et sa séparation avec la vessie se fera ensuite plus facilement.

Mais l'uretère, à vrai dire, se cache dans la tumeur. Il s'y creuse une véritable gouttière dans laquelle il chemine à découvert ou s'enfouit même tout à fait. Celle-ci le comprime parfois et l'on peut constater des troubles de la sécrétion urinaire. Dans le cas du professeur Brin (obs. I) l'uretère fut trouvé tendu comme un cordon entre la masse principale

et le prolongement postérieur de la tumeur. On parvint à le décoller et à l'isoler jusqu'au bord interne du ligament large. L'uretère alors n'était pas à proprement parler enfoui dans la tumeur, mais cheminait dans une espèce de fente résultant de l'accolement de la masse principale et du prolongement rectal, se rejoignant par-dessus sans se fusionner.

Isoler l'uretère et s'assurer qu'il est indemne voilà un point capital. Au cours d'une intervention (obs. II) l'attention du professeur Brin fut attirée par la section nette et béante d'un petit vaisseau. On eut dit l'uretère. De suite il se porta à la recherche de ce conduit, le trouva, l'explora et ne tarda pas à s'assurer qu'il était bien indemne sur toute sa longueur.

L'uretère eût-il été sectionné ? une néphrectomie s'imposait. On aurait pu alors la pratiquer d'emblée, ou mieux faire un abouchement de l'uretère à la peau et pratiquer secondairement la néphrectomie après s'être assuré ainsi du bon fonctionnement de l'autre rein.

Chavannez (1) a pratiqué une néphrectomie parce que l'uretère trop enclavé dans la tumeur a été sectionné au cours de l'intervention, et Thiriar (2) parce qu'après beaucoup d'efforts il renonça à dégager l'uretère de la tumeur.

---

1. Chavannez, *Revue mensuelle de Gynéc. obstétricale et de Pédiâtrie de Bordeaux*, 1900, p. 57.
2. IV[e] Congrès de Chirurgie, p. 319.

La néphrectomie, d'ailleurs, ne semble pas aggraver considérablement le pronostic opératoire, puisque certaines statistiques semblent montrer au contraire que les ablations de lipomes avec néphrectomie ont donné une mortalité moins élevée que les ablations sans néphrectomie. Hartmann et Lecène ont compté quatre morts pour dix-huit ablations avec néphrectomie, alors qu'ils ont noté trois morts pour neuf ablations sans néphrectomie.

Si dans les lipomes d'origine péri-rénale le rein est souvent englobé tout entier par la tumeur, il n'en est pas de même dans les lipomes pelviens. Tout au plus, si la tumeur est volumineuse le rein est-il repoussé ou basculé. Alors son orientation peut se modifier et le bord interne devenir supérieur.

Après l'ablation d'une tumeur un peu volumineuse, l'hémostase n'est pas toujours facile. Le petit bassin représente alors une vaste surface cruentée qui peut encore saigner en nappe, même après ligature de tous les vaisseaux apparents. Parfois les lambeaux péritonéaux ramenés sur cette surface permettront de la péritoniser en partie et peut-être même en totalité. Mais si l'on craint un suintement sanguin trop considérable, il vaut mieux ne pas recouvrir complètement et établir si l'on veut un Mikulicz (obs. I).

En résumé, cette intervention se complique souvent de grosses difficultés et le shock subi est

considérable. La faiblesse du malade sera donc une contre-indication à l'intervention. Tenter d'intervenir en pareil cas serait s'exposer à voir le malade mourir sur la table d'opération, comme dans le cas de Homans (1). Or, nombreux sont, hélas ! ceux qui arrivent au chirurgien en état de cachexie lamentable : amaigris au possible, les membres inférieurs œdématiés et capables à peine de se tenir debout. Nous ne saurions donc trop insister sur les avantages d'un diagnostic précoce et de l'intervention immédiate : « La laparotomie exploratrice recommandée par Terrier en 1892, apportera en tout cas les plus précieux renseignements, en démontrant non seulement la nature de la tumeur, mais ses connexions et la possibilité ou non d'une extirpation.

» Suivant les mêmes recommandations de Terrier, ou même, à son exemple, on se bornera quelquefois à refermer le ventre en présence d'un cas très défavorable, sans aucune tentative d'extirpation (2). »

---

1. Homans, *Boston Medical of Surgical Journal*, 1883, vol. CVIII, 8 mars, p. 241.

2. Quénu, *in* Duplay et Reclus, t. VI, p. 927.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Dr Brin, *Revue de Gynécologie et Chirurgie*, janvier 1908.)

Mme Ch..., trente-deux ans, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a qu'un frère de trente ans, bien portant, et n'a perdu personne dans sa famille de tuberculose ou de cancer.

Elle n'a jamais eu de maladie antérieure grave.

Réglée à quinze ans elle a toujours eu des menstrues normales. Mariée à vingt-cinq ans, elle a son premier enfant à vingt-six ans ; accouchement très long et très pénible par le forceps. L'enfant vient en état de mort apparente ; il peut être ranimé. Au bout de deux mois il fait de la paralysie infantile.

Quant à la mère elle eut de l'incontinence des matières et de l'urine pendant plusieurs semaines, et ne put remuer les jambes pendant huit ou dix jours. A vingt-neuf ans deuxième grossesse. Vers le deuxième mois de cette grossesse elle sent une grosseur vaginale que la sage-femme prend pour un rectocèle. Au moment de l'accouchement, cette grosseur se développe davantage et, dans la crainte d'une complication, on fait appeler le Dr Guillet de Chaudron en-Mauges (M. et L.) qui porte le diagnostic de hernie du Douglas.

L'accouchement se fait lentement, mais spontanément. Après quinze jours de séjour au lit la grosseur vaginale est rentrée. Quand la malade se lève la tumeur reparaît, gênant la marche est obligeant Mme Ch... au port d'un bandage de toile qui fermait la vulve et maintenait la tumeur à l'intérieur du vagin.

Un an après l'accouchement, c'est-à-dire au commencement de 1907, Mme Ch... est prise de grippe, tousse beaucoup et s'aperçoit alors que la tumeur vaginale est plus difficilement maintenue,et qu'une nouvelle grosseur, du volume d'une pomme, est apparue au niveau de la fesse gauche.

Cette tumeur n'a jamais été réduite, mais, après le repos de la nuit, la malade est plus à l'aise pour marcher et constate au début une diminution de volume de la fesse. Devant l'apparition rapide de la tumeur au milieu des secousses de toux,devant cette espèce de réductibilité accusée par la malade, M. Guillet pense à une hernie et conseille l'opération que la malade refuse.

Pendant dix-huit mois, jusqu'en septembre 1908, la tumeur fessière a augmenté très lentement de volume. Depuis quatre mois au contraire, elle grossit beaucoup plus vite, gêne la malade dans la position assise et surtout verticale. Depuis assez longtemps elle ne subit plus aucun tassement après le repos horizontal. Elle est assez souvent le siège de douleurs sourdes, de tiraillements.

Depuis un an la malade a vu son ventre grossir progressivement sans ressentir, d'ailleurs, de douleurs abdominales.

Les règles sont régulières et indolores.

Les pertes blanches, rares autrefois, sont devenues de

plus en plus abondantes dans ces derniers mois, avec un caractère d'intermittence, et la malade raconte même qu'au moment où l'écoulement leucorrhéique s'établit franchement, les tiraillements deviennent plus rares dans la tumeur fessière.

Les selles se font régulièrement, sans coliques, mais elles sont souvent rubanées.

Les mictions sont troublées depuis un an. Pendant les huit ou dix jours qui suivent les règles, Mme Ch... éprouve soit des besoins très fréquents d'uriner, soit une difficulté à émettre ses urines.

L'appétit est bon et l'état général conservé.

La malade entre à la clinique du Dr Brin le 22 décembre 1908.

A l'examen on constate :

1° Que la fesse gauche porte une tumeur grosse comme une tête de nouveau-né ; cette tumeur siège entre l'ischion d'une part, la vulve et l'anus d'autre part. Elle s'étend surtout en arrière de la ligne biischiatique. Dans la station debout, elle a tendance à tomber vers la cuisse et exagère ainsi le pli fessier.

Elle est régulièrement ronde ; elle paraît sessile dans la position obstétricale, mais a une tendance à se pédiculiser dans la position debout.

Elle est molle et donne absolument la sensation d'un gros lipome ou d'une grosse hernie épiploïque. Elle est irréductible et totalement indolore à la palpation. Le toucher rectal montre une masse molle interposée entre l'ischion et l'anus et correspondant à l'implantation de la tumeur fessière.

2° La tumeur vaginale occupe la paroi gauche du vagin

et présente plusieurs saillies molles, dont l'une, violacée, est recouverte d'une muqueuse très amincie. Le tout est mollasse et comme kystique. Le toucher vaginal montre un vagin tellement allongé, qu'on ne peut atteindre le fond ni sentir le col utérin ; le vagin, par ailleurs, étant obstrué par la tumeur signalée plus haut, on ne peut introduire ni spéculum ni valve d'une façon utile.

Le doigt, introduit dans le vagin, sent toute la paroi vaginale gauche refoulée mollement par une masse dont les saillies lobulées ne sont évidemment que des prolongements. Ces saillies, bien visibles, sortent du vagin lorsque la malade pousse.

3° La tumeur du ventre ressemble absolument à un kyste ovarique multiloculaire peu tendu. Saillante dans la région sous-ombilicale, elle est molle plutôt que véritablement fluctuante, et présente un point plus résistant en haut et à droite ; elle semble peu mobile.

L'abdomen, sonore au-dessus de l'ombilic, est mat au-dessous. La limite supérieure de la matité suit une ligne courbe à convexité supérieure partant, à droite, du milieu de l'arcade crurale et aboutissant à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche.

Le toucher vaginal, comme il est dit plus haut, ne permet pas de sentir le col ou le corps de l'utérus. On constate seulement une masse molle refoulant le vagin et le séparant de la paroi gauche du bassin. On sent très peu de correspondance entre la tumeur abdominale et la tumeur pelvienne. Une sonde en verre introduite dans la vessie n'en atteint pas le fond. Il n'y a pas de rétention d'urine.

Le diagnostic est : tumeur du ligament large de nature

indéterminée envoyant des prolongements vaginaux et fessiers.

Laparotomie sous-chloroforme le 26 décembre 1908. On découvre une énorme masse occupant tout le petit bassin et refoulant dans l'abdomen en haut à droite les organes pelviens.

L'utérus apparaît le premier sur le flanc droit du pôle supérieur de la tumeur. Il paraît sain ainsi que les annexes droites. L'ovaire et la trompe gauche sont couchés sur la tumeur et lui adhèrent. En arrière un volumineux prolongement s'insinue entre la paroi pubienne postérieure et le rectum qu'il repousse vers la droite. En avant la tumeur s'engage un peu entre la face antérieure de l'utérus et la vessie, contourne celle-ci et pousse un prolongement jusqu'à la symphyse pubienne. La vessie est donc englobée dans la tumeur qui, par ailleurs, dans son ensemble, a la consistance d'une paroi vésicale épaisse.

Il est très difficile de voir la ligne de démarcation entre la tumeur et la vessie. On aurait pu faire introduire un hystéromètre dans la cavité vésicale, mais le sondage était déjà très difficile dans la position normale. On préfère aborder la tumeur par son bord externe et aller d'emblée à la recherche de l'uretère. Dans ce but on sectionne le ligament lombo-ovarien et, les annexes gauches étant détachées, on les enlève. On peut alors décoller le péritoine de la face supérieure de la tumeur. En attirant celle-ci en dedans avec une grosse pince plate, on soulève un cordon qui n'est autre que l'uretère et qui s'engage entre la masse principale et le prolongement postérieur. Avec le doigt on arrive à le décoller et à l'isoler jusqu'au bord interne du ligament large.

En lui imprimant des tractions on précise la situation de la vessie. Il est à remarquer que l'uretère, bien qu'enfoui dans la tumeur, est dans une espèce de fente résultant de l'accolement de la masse principale et du prolongement rectal, se rejoignant par-dessus sans se fusionner.

Par-dessous, l'uretère récliné en arrière et en haut, le prolongement para-rectal est décollé et donne alors une bonne prise pour tirer sur la tumeur principale.

Celle-ci, après section du bord interne du ligament large, est séparée de l'utérus.

Chemin faisant les vaisseaux utérins sont liés et coupés. Ils sont recoupés en dehors lorsque la tumeur sera séparée des parois pelviennes.

La séparation de la vessie se fait assez facilement.

Il n'en est pas de même du vagin qui, très aminci, se déchire au niveau de la tumeur la plus saillante. On le suture immédiatement au catgut.

La tumeur est isolée sur toute sa périphérie, mais elle tient par son sommet qui s'engage à travers les fibres du releveur de l'anus pour aller se continuer avec la tumeur fessière. Les doigts s'insinuent dans l'orifice du releveur, comme ils le feraient dans un orifice herniaire à côté d'une masse épiploïque. Un aide repoussant fortement la fesse, pendant que l'on tire la tumeur d'une main, de l'autre on isole la tumeur fessière comme un lipome; mais on ne parvient à l'enlever qu'incomplètement par le ventre. Le petit bassin représente alors une vaste surface cruentée. Quelques ligatures sont placées sur le artères hémorroïdales moyennes et sur les vésicales. Les lambeaux péritonéaux, très lâches, permettent de péritoniser une

artie de cette surface. Peut-être même aurait-on pu tout recouvrir d'un voile péritonéal et drainer par la fesse ; mais par peur d'un suintement sanguin trop considérable ; j'établis un Mikulicz. Le ventre est refermé.

La malade est mise alors en position obstétricale. La fesse est lavée et incisée. La tumeur fessière est enlevée, mais le clivage s'opère moins bien ici que dans l'abdomen.

Cette extirpation terminée, il reste une vaste poche fessière qu'on diminue en enlevant des tranches de peau. La plaie fessière est suturée incomplètement ; un drain et une mèche de gaze vont rejoindre par la fesse le Mikuliez abdominal.

L'opération est terminée ; elle a duré deux heures un quart.

Les suites opératoires ont été relativement simples.

Très affaiblie et anémiée pendant les trois premiers jours, la malade est vite remontée par de hautes doses de sérum.

Le soir de l'opération le pouls est à 140, la température à 37°2.

Le lendemain le pouls est à 125 degrés, la température aux environs de 38 degrés. Puis pouls et température oscillent autour de 90 degrés et de 37°6 pendant six jours pour revenir ensuite à la normale.

Le troisième jour on enlève le Mikuliez et on le remplace par un gros drain. Un lavage au sérum poussé par ce tube revient par la fesse.

Le cinquième jour il s'établit une suppuration modérée qui est combattue par des lavages à l'eau oxygénée.

Au quinzième jour les drains sont enlevés et remplacés par des mèches.

Au bout de trois semaines, la plaie abdominale est cicatrisée et la malade rentre chez elle en excellent état, gardant seulement un trajet fessier suintant un peu et qui a demandé plusieurs mois à se fermer

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 3 kgr. 700. Extrêmement molle et élastique, elle se laisse facilement décomposer en lames, en feuillets superposés. Elle présente une forme irrégulière ; à côté d'une masse principale occupant les ligaments larges se développent trois prolongements : l'un para-rectal, l'autre vaginal, le troisième fessier.

Le prolongement para-rectal est réuni au corps de la tumeur parune gouttière où courait l'uretère.

Le prolongement fessier est suspendu à un véritable pédicule correspondant à la traversée du releveur de l'anus.

Quant au prolongement vaginal, son double pédicule a été produit par les doigts au cours du décollement.

Cette tumeur paraît développée dans la loge sacro-recto-génitale.

Examen microscopique, dû à M. le Dr Papin, professeur d'histologie à Angers. — Des fragments prélevés en des points variés de la tumeur ont été fixés par l'alcool, le Zenker, le Bouin, le formol à 10 o/o.

Coloration à l'hématéine-éosine, Van Gieson, bleu de Unna, Safranine Weigert pour les fibres élastiques, Soudan III pour la graisse.

Les coupes montrent une structure très simple : des cel-

lules à noyaux clairs, cellules rameuses à longs prolongements dont les anastomoses se voient bien sur les coupes, récemment colorées au bleu, distribuées assez régulièrement et séparées par de larges intervalles, sauf en quelques points où elles sont plus tassées ; un stroma qui paraît hyalin, homogène dans les préparations colorées au bleu, qui a l'aspect vaguement fibrillaire avec l'éosine et la fuchsine. Dans ce stroma, des vaisseaux de petit calibre, capillaires pour la plupart, sans autre paroi que l'endothélium reconnaissable par ses noyaux ; quelques-uns rompus, entourés de globules sanguins épars dans la trame voisine ; des artérioles avec quelques fibres lisses ; en plusieurs points, le long des vaisseaux gros ou petits, courent des tractus fibrillaires qui renforçent la paroi vraie.

Les vaisseaux dessinent des anses capricieuses ; ils sont distribués irrégulièrement ; plus abondant, plus sinueux et plus enchevêtrés à la périphérie de la tumeur.

Le réactif de Weigert montre une trame élastique développée ; à côté de fibres très fines parcourant isolément le stroma, on voit des trousseaux épais qui n'offrent pas de rapport avec les vaisseaux et semblent diviser la tumeur en lobes irréguliers.

Enfin, le Soudan montre un très petit nombre de vésicules adipeuses qui sont toutes situées à la périphérie. A ce niveau il y a une condensation du tissu conjonctif et des vaisseaux un peu volumineux ; sur leurs parcours sont échelonnées les quelques cellules adipeuses ; il n'y en a point dans les coupes qui répondent au centre de la tumeur.

En résumé : myxome pur à stroma riche en fibres élastiques.

OBSERVATION II (Inédite)

(Clinique de M. le Dr Brin à Angers.)

Lipo-myxome pelvien. — Laparotomie. — Guérison.

Mme P..., quarante-huit ans, fermière à Saint-Lambert-du-Lattay (M. et L.), n'a jamais eu de maladie et n'accuse aucun antécédent héréditaire.

Réglée à treize ans, régulièrement, elle s'est mariée à trente et un ans et a eu quatre enfants dont un seul est vivant. Les trois autres sont morts : l'un en naissant, les deux autres jumeaux en bas âge.

Les grossesses ont été normales ainsi que les accouchements. L'accouchement gémellaire est le dernier, à l'âge de trente-neuf ans. Il a été long et pénible, mais s'est terminé sans manœuvres obstétricales.

Il n'y a pas eu de suites inflammatoires immédiates, mais les règles sont restées plus abondantes et plus irrégulières ; non douloureuses d'ailleurs.

Pertes blanches peu abondantes et non odorantes.

Maladie actuelle. — Il y a trois ans le ventre commence à grossir et le Dr Arin de Saint-Lambert diagnostique un kyste ovarique et propose une opération qui est refusée par la malade.

Depuis deux mois l'abdomen prend un accroissement rapide et des douleurs vives apparaissent du côté de la hanche, de la cuisse et de la jambe gauches.

Constipation habituelle.

Pas de troubles vésicaux.

Amaigrissement modéré et perte de l'appétit depuis deux mois.

Examen. — L'aspect général, le facies de la malade, le développement du ventre font penser tout d'abord à un kyste ovarique.

L'abdomen est volumineux, régulièrement arrondi. Quelques veines sous-cutanées très grosses.

La palpation dénote une très grande mollesse de la tumeur, plutôt que de la fluctuation véritable.

La tumeur s'étend jusqu'au-dessus de l'ombilic, mais paraît développée plus à gauche.

Elle jouit d'une certaine mobilité difficile à apprécier en raison de la mollesse.

Elle est mate dans toute son étendue. Dans certains points, au-dessus de la symphyse et dans la fosse iliaque gauche, la palpation profonde est douloureuse.

Au toucher vaginal le petit bassin est rempli par une masse molle dont la continuité avec la tumeur abdominale est assez difficile à démontrer, quoique infiniment probable.

Le col utérin normal est très haut situé ainsi que l'utérus dont les connexions avec la tumeur sont très étroites.

Le toucher rectal confirme les données du toucher vaginal.

Le diagnostic hésite entre un kyste du ligament large, un fibrome sous-péritonéal ramolli et une tumeur adipeuse sous-péritonéale.

On élimine le cancer ovarien malgré la déchéance rela-

tive de la santé, en raison de l'absence de pertes et aussi de la mollesse régulière de la tumeur.

Opération le 6 avril 1912 avec l'assistance du Dr Lecoutour et du Dr Arin.

Chloroforme à la compresse.

Aussitôt le ventre ouvert le côlon sigmoïde se présente au-devant de la tumeur. Celle-ci remplit le petit bassin et envahit la fosse iliaque. L'utérus est refoulé sur le côté droit du détroit supérieur. L'ovaire droit est tombé derrière l'utérus ; l'ovaire et la trompe gauche sont étalés sur la tumeur. La vessie est étalée sans être comprimée.

Le diagnostic est dès lors évident. Il s'agit d'un lipome sous-péritonéal pelvi-iliaque, mais surtout pelvien. Pour se donner du jour on commence par sectionner le ligament infundibulo-ovarien et assez rapidement on opère le clivage de la tumeur. Celui-ci se fait sans hémorragie notable et ni l'uretère ni les vaisseaux du méso-côlon pelvien ne sont lésés.

L'ovaire et la trompe gauches ont été enlevés. Péritonisation soigneuse sans drainage et fermeture de la plaie abdominale en trois plans.

La tumeur du type myxomateux le plus net pèse 7 livres.

Suites opératoires.— Elles ont été normales et la malade n'a présenté comme incident que des coliques assez fortes et de la diarrhée abondante du cinquième au neuvième jour, qui ont été calmées par l'opium.

La malade est sortie de la clinique le 25 avril en parfait état, ne souffrant plus ni du ventre ni du membre gauche.

OBSÉRVATION III

(Michou, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* t. XXXVII, n° 17, p. 260.)

Myxome intra-pelvien

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, chauffeur de son métier, qui en avril 1910 fut pris d'une rétention aiguë, ayant cessé après un seul sondage. Le malade cependant conserva de la dysurie : il est gêné pour les mictions, et, parfois, après un effort superflu, obligé d'attendre pour essayer à nouveau et vider sa vessie. Aucun trouble des urinesr. Aucun trouble rectal. Le 12 janvier 1911 éclate une nouvelle crise de rétention aiguë complète, qui force le malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen on trouve l'uretère libre. La prostate est normale, mais par le toucher on trouve, en arrière du rectum, et débordant sur sa face latérale gauche, une tuméfaction considérable, molle, fluctuante, dont il est impossible d'atteindre par le doigt la limite supérieure. La paroi rectale, souple, glisse sur les plans voisins. De plus, au niveau de la fesse gauche existe une tumeur déformant beaucoup la région, sans limite très précise, entre l'ischion, l'anus et le sacrum, et ayant le volume de deux poings. Elle est molle et semble fluctuante.

Le diagnostic d'abcès froid est fait, bien que la transmission de la fluctuation de la fesse au bassin ne soit pas nette.

Deux ponctions sont négatives et le diagnostic abandonné.

21 janvier.—*Opération.*—Incision fessière. Après la section de la peau, on tombe sur une masse multilobulée, d'aspect gélatineux. Elle n'est pas bien enkystée et difficilement on peut en faire l'extirpation. La fosse ischio-rectale est vidée ; on voit alors la tumeur se continuer à travers le muscle releveur avec la tumeur rétro-rectale. Il y a là un orifice large par lequel on pénètre dans la cavité pelvienne. La masse myxomateuse remonte et remplit la concavité sacrée. Elle ne présente pas d'adhérence au rectum et est enlevée facilement. Pas d'hémorragie. Tamponnement léger à la gaze au peroxyde de zinc. Suture cutanée.

Suites opératoires simples. Sorti le 20 mars, le malade a été revu le 28 avril : tous les troubles de miction ont disparu ; la cavité sacrée est libre.

L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait d'un myxome pur. Il avait pris naissance derrière le rectum, et s'était insinué entre les fibres du releveur de l'anus, pour faire saillie en la région fessière.

OBSERVATION IV

(Kœnig, *Journ. Centralbl. f. Chirurgie*, 1900, p. 826.)

Homme, quarante-quatre ans.

Antécédents. — Augmentation rapide du volume de l'abdomen depuis un an et demi.

Examen. — Tuméfaction sous-ombilicale gauche.

Diagnostic. — Tumeur avec ascite ou tuberculose péritonéale.

Opération. — Laparotomie. Tumeur occupant l'espace rétro-péritonéal, mais à point de départ pelvien. Extirpation laborieuse et longue qui dura deux heures.

Suites opératoires. — Hématémèses le deuxième jour. Mort le sixième.

Examen de la pièce. — Lipome pesant 22 livres, implanté par une large base au niveau du cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION V

(Peyrot, *Bull. et Mém. de la Société anat. de Paris*, 5 mars 1875, p. 178.)

Lipome du ligament large trouvé à l'autopsie d'une vieille femme. Il était de la grosseur du poing et avait la forme d'un rein. Il flottait dans la cavité péritonéale. Il existait en outre un kyste gros comme une lentille siégeant sur le col de l'utérus.

OBSERVATION VI

(Pollok, *the Half yearly Abstract. of the Med Science*, 1852, vol. XVI, p. 357.)

Dans ce cas Pollock avait trouvé une tumeur développée dans le tissu du ligament large. Cette tumeur, dit-il, était uniquement graisseuse.

OBSERVATION VII

(Trèves, *Trans. of the Clinical Society of London*, 1893, vol. XXVI, p. 101.)

Femme de trente-deux ans.

Antécédents. — Augmentation de volume du ventre depuis dix-huit mois. Vives douleurs abdominales depuis une quinzaine de jours. Tumeur du volume d'une tête d'adulte, située dans la fosse iliaque droite, élastique, mobile, mate, à contours nettement perceptibles au travers de la paroi, ayant tous les caractères d'une tumeur ovarienne.

Étant donné la maigreur et la pâleur de la malade, on diagnostique une tumeur maligne.

20 septembre 1892. — *Opération.* — Laparotomie.

On trouve une tumeur développée entre les feuillets du ligament large droit. L'ovaire et la trompe sont tendus au-dessus de la tumeur et refoulés vers la ligne médiane. Incision du péritoine sur la tumeur et énucléation. En raison des adhérences qui unissent l'ovaire et la trompe à la tumeur, on doit les enlever également.

Fermeture du ventre sans drainage.

Suites simples. Guérison en un mois.

La tumeur pesait 2 kgr. 160. Elle était formée de graisse pure.

OBSERVATION VIII

(Waldeyer, *Virchow's Archiv.*, 1865, p. 543.)

Femme, trente ans, tumeur trouvée à l'autopsie : refoulement du côlon transverse en avant. Myxo-lipome présentant toutes les variétés du myxome à l'exception des formes cartilagineuses et ossifiantes. Englobement du rein droit avec dégénérescence graisseuse accentuée de l'épithélium des canaux droits et contournés.

Dans le foie et les poumons, noyaux de tissus myxo-sarcomateux.

OBSERVATION IX

(Adami, *Montreal Medical Journal*, 1897, p. 529.)

Homme, quarante-cinq ans, opération mai 1892 ; tumeur inextirpable vu son étendue. On referme le ventre. Le malade meurt en février 1893.

Autopsie. — Myxo-lipome avec par place dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION X

(Hartmann et Lecène *in* Hartmann,
Travaux de Chirurgie anat. clin., p. 45. Paris.)

Femme, soixante-deux ans. Opération mars 1901 : tumeur refoulant le côlon et le cæcum à gauche. Incision

du péritoine postérieur en dehors du côlon. Morcellement de la tumeur du centre vers la périphérie. Néphrectomie. Marsupialisation de la poche. Guérison. Récidive au bout d'un an. Poids 10 kgr. 100.

Histologiquement la tumeur est formée par du tissu adipeux ou tissu myxomateux, du tissu conjonctif embryonnaire et en certains points de débris épithéliaux embryonnaires (vestige du corps de Wolf, le rein est sain).

OBSERVATION XI

(Huwe, *Inaug. Dissert. Greifswald*, mai 1904.)

Homme, cinquante-neuf ans. Opération : extirpation d'une tumeur suivie de mort en trois semaines. A l'autopsie on trouve le rein droit déplacé et renfermant un noyau de métastase. Autre métastase péritonéale et hépatique.

Histologiquement, fibro-lipo-sarcome.

OBSERVATION XII

(M. Délachanal, *Lyon médical*, décembre 1911.)

Cette femme était entrée le 2 mai 1910 à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Gayet, pour une tumeur volumineuse de la face postérieure de la cuisse droite qui se développait depuis un an. Située dans le tissu conjonctif intermusculaire, elle fut énuclée assez facilement ; du poids de 2 kilogrammes, elle était jaunâtre, de consistance demi-fluctuante, avec des points tremblo-

tants, verdâtres, pseudo-kystiques ; d'autres points plus résistants avaient fait penser à du cartilage. C'est une de ces dernières portions qui fut seulement envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique. L'examen histologique pratiqué fit répondre : lipome fibreux, c'est-à-dire qu'entre les lobules adipeux assez faiblement développés, les travées conjonctives nourricières étaient très hyperplasiées et fortement fibreuses. En revoyant ces corps plus tard, l'esprit mis en éveil par l'évolution clinique ultérieure, nous nous aperçûmes que dans d'autres points passés tout d'abord inaperçus, la structure était un peu différente et aurait dû inspirer des réserves. Les travées interlobulaires, toujours très développées, prenaient un aspect plus cellulaire, tandis que le stroma devenait myxoïde, parcouru par des fibres conjonctives de plus en plus éloignées les unes des autres. Il est probable que si l'examen avait pu porter sur des fragmemts plus étendus de la tumeur, on aurait pu dès ce début y déceler des signes certains de malignité.

Six mois après cette intervention, la malade revenait. Les douleurs lombaires supportables au début étaient réapparues avec irradiation dans les cuisses. Ces douleurs prédominantes à droite avaient été au début attribuées à la compression exercée sur le sciatique correspondant par la tumeur.

Une seconde intervention fut pratiquée. Après néphrectomie, on tomba sur une tumeur d'aspect jaunâtre, mollasse, que l'on ne put enlever qu'en partie.

Un ganglion lombaire prélevé à ce moment fut de nouveau examiné histologiquement. On constata tout d'abord

qu'il avait l'aspect d'une tumeur sarcomateuse à cellules assez volumineuses et globuleuses. Mais un grand nombre de cellules sarcomateuses se surchargeaient de graisse et se transformaient en de petites vésicules adipeuses.

De nouveau la malade entra dans le service et mourut le 13 juin 1911.

Autopsie. — Sujet amaigri, le tissu cellulaire sous-cutané ne contient plus trace de graisse, l'abdomen est volumineux, distendu par une énorme tumeur qui siège à peu près à la hauteur de l'ombilic. Cette tumeur qui pèse 34 kgr. 500 peut se comparer d'une façon générale à un foie ; elle présente une grosse extrémité gauche et une petite extrémité droite. Elle est développée dans l'espace sous-péritonéal et le péritoine pariétal soulevé par elle la recouvre ; le côlon transverse et le côlon descendant l'entourent, l'intestin grêle est refoulé en bas. La masse est de coloration jaunâtre, molle, se laissant facilement déchirer lorsqu'on tiraille quelque peu sur elle. Sur sa section au couteau, on constate d'assez nombreuses traînées rougeâtres qui sont certainement des vaisseaux. Malgré cela la tumeur ne saigne pas à la coupe.

CONCLUSIONS

Les lipo-myxomes sous-péritonéaux pelviens sont très rares. Nous n'avons pu réunir que 7 cas où la tumeur était franchement pelvienne.

Ce sont plutôt des produits d'inflammation chronique que des tumeurs au sens histologique du mot.

Le diagnostic en est difficile. Il y a cependant le plus grand intérêt pour le malade à ce qu'il soit posé de bonne heure.

Tout lipo-myxome soupçonné doit être opéré à bref délai chez un sujet en bon état général. Il n'y a rien à attendre d'un traitement médical.

Laissé à lui-même le lipo-myxome sous-péritonéal pelvien a un pronostic fatal et une évolution en somme assez rapide.

On peut être amené, au cours de l'intervention, à faire une néphrectomie ou une résection intestinale.

Vu : le Président de thèse,
P. SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Adami. — Montreal Med. Journal, janvier 1897, p. 529 et février, p. 620.

Adami et Gardner. — Montreal Med. Journal, juin 1900.

Ahern. — Bull. méd. de Québec, septembre 1905, n° 1, p. 1.

Alban Doran. — Obstetrical Transactions, 1902, vol. XLIV, p. 265.

Alsberg. — Deutsche med. Woch., 1887, n° 30, 28 juillet, p. 677.

Augagneur. — Tumeurs du mésentère. Thèse d'agrégation, 1886.

Bazin. — Tumeurs solides primitives du mésentère. Thèse de Paris, 1907.

Belkowsky. — Revue médicale de la Suisse romande, 1893, tome XIII, p. 431.

Béganin. — Revue de Chirurgie, 1898, p. 205 et 1899, p. 235.

Bérard et Cavaillon. — Lyon médical, 1907, n° 1, p. 25.

Bonnel. — Introduction à l'étude des tumeurs. Thèse de Lyon, 1881.

Bork. — Arch. Klin. Chir., 1901, t. LXIII, p. 935.

Brin. — Revue de Gynécologie et Chir. abdominale, janvier 1908 et Archives méd. d'Angers, janvier 1911.

Broca. — Bull. de Soc. anat. de Paris, 1850, p. 137.

Bruntzel. — Berlin Klin. Woch., 1882, p. 745.

Cauvy. — Montpellier médical, 1874, n° 11, p. 74.

Chavannez. — Revue mens. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux, 1900, p. 57.

Cooper Forster. — Transact of the Patholog. Society of London, 1868, p. 246.

Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique, t. I, p. 177.

Dalziel. — Glasgow Med. Journal, 1898, p. 372.

Délachanal. — Lipome malin (Lyon médical, décembre 1911, p. 1432).

Drœschfeld. — Trans. Path. Soc. of London, 1880, p. 287.
Eiselsberg. — Wien. Klin. Woch., 1890, n° 23, p. 438.
Fraiklin. — Revue mens. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux, 1899, p. 188.
Gerster. — Ann. of Surgery, 1898, t. XXVII, mai, p. 657.
Hartmann et Lecène in Hartmann. — Trav. de Chirurgie anat. clin. Paris, 1903, p. 49.
Heinricus. — Deutsche Zeitschrift Chir., 1900, n° 6, p. 579.
Hérisson. — Lipomes rétro-péritonéaux. Thèse de Paris, 1909.
Heurtaux. — Archiv. prov. de Chirurgie, 1893, t. II, p. 164.
Hormans. — Boston Medic. Surgical Journal, vol. CVIII, 8 mars 1883, p. 241.
Horn. — Ueber retroperit. Myxo-lipome (Inaug. Diss. Breslau, 1894).
Huwe. — Lipo-fibro-myosarxoma retroperit. (Inaug. Diss. Greifswald, 1904).
Johnstone. — Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1904, p. 1192.
Josephson et Westberg. — Hygiea, 1895, vol. LVII, p. 401.
Kœfœd. — Cent. Chir., 1887, n° 36, p. 677.
Konig Junior. — Centr. Chir., 1900, n° 32, p. 826.
Kubinyi. — Budapesti Kir. Orvosegyesulet, 2 mai 1903,
Kunmel. — Munch. Med. Woch., 26 octobre 1886, n° 43, p. 770.
Laroyenne. — Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 1895, n° 37, p. 292.
Latouche. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris, 1900, p. 889.
Lauwers. — Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique, 1891, p. 310.
Lejars. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris, 27 avril 1898, p. 449.
Lennander. — Centr. Chir., 26 janvier 1895, n° 4, p. 97.
Lexer. — Deutsche med. Woch., 21 février 1901, p. 59.
Lindquist. — Hygiea, novembre 1902, t. II, f. 2.
Lockwood. — The Lancet, 25 mai 1895, p. 1301.
Lotheissen. — Arch. Klin. Chir., 1896, t. LIII, p, 740.
Lundin et Hedhom. — Upsala Lakare farenings Forendlinger, 1895, t. XXX, n° 2.
Madelung. — Berl. Klin. Woch., 1881, n° 6, p. 75, et n° 7, p. 93.
Meyer. — Ueber ein retroperiton lipome (Inaug. Diss. Leipzig, 1891).
Mercadé. — Bull. et Mém. de Soc. anat. Paris, novembre 1904, n° 9, p. 755.

Michel. — Centr. Gyn., 15 octobre 1904, n° 41, p. 1205.
Michon. — Bulletin et Mém. de Soc. de Chir. t. XXXVII, n° 17.
Monod. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris, 2 novembre 1892, p. 681.
Morgagni. — De sedibus et causis morborum, t. II, epist. XXXIX, p. 317.
Morris. — Surgical diseases of the Kidney. Londres, 1901, t. II, p. 29.
Mouton. — The Lancet, 1908, II, p. 520.
Moynier. — Comptes rendus et Mém. Soc. de Biologie, août 1850, t. II, p. 139.
Neumann. — Wien. Klin. Woch., 1905, n° 27, p. 742.
Péan. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen. Paris, 1880, t. I, p. 1129 et Bull. gén. de thérap. méd. et chir., 1885, t. CIX, p. 420.
Pernice. — Deutsche med. Woch., 1884, n° 52, p. 850.
Peyrot. — Bull. Soct. anat. Paris, 5 mars 1875, p. 178.
— Mém. de Soc. de Chir. Paris, 25 mai 1892, p. 383.
Pollock. — The Halfyearly Abstr. of. Med. Sciences, 1852, vol. XVI, p. 357.
Pupovac. — Wien. Klin. Woch., 1899, n° 3, 19 janvier, p. 41.
Proust et Trèves. — Revue de Gyn. et Chir. abdominale, janvier 1908.
Quénu. — In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, 2e éd., t. VI, p. 925.
Routier. — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, 1892, p. 682.
Roux. — VIIIe Congrès français de Chirurgie.
Salzer. — Wien. Klin. Woch., 1888, p. 199, 221 et 238.
Saurenhaus. — Centr. Gyn., 1890, t. XIV, n° 10, p. 104.
Skutsch. — Munch. med. Woch., 1898, n° 46, p. 1483.
Spencer (Herbert). — Obs. Transact. vol. XLIV, 1902, p. 273.
Spencer (Wells). — Transact. of Pathologie (Soc. of London, 1868, vol. XIX, p. 243).
Teller. — Beitr. Kenntnis retroper. tum. (Inaug. dissert. Greifswald, 1904).
Terrier et Guillemain. — Rev. de Chir., 1892, p. 748.
Terrillon. — Arch. gén. de méd., 1886, p. 260.
Tillmann. — Hygiea, 1892, t. II, p. 277.
Thiriar. — IVe Congrès français de Chir., 1889, p. 319.